



SOLICITUD DE ADMISIÓN

_____ de _____ de 20____ -

Señor,
PRESIDENTE DE LA COMISION DIRECTIVA

Mutual Nacional De Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

El/la que suscribe, tiene el agrado de dirigirse a usted y por su digno intermedio a los Miembros de la Comisión Directiva, con el objeto de **SOLICITAR ADMISIÓN** como Socio/a activo/a de la Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, declarando los siguientes datos:

DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos:			
C.I N°:	Contribuyente: SI () NO ()	RUC.N°:	Lugar de Nacimiento:
Fecha de Nacimiento: ___/___/___	Nacionalidad:	Estado civil:	Sexo: F () M ()
Telefono:	Celular:	Correo electrónico:	
Nivel Educativo: Primaria () Secundaria () Universitaria ()			Profesión:
Dirección:		N°	Barrio:
Ciudad:		Tipo de vivienda: Propia () Alquiler () Familiar () Otros ()	
Ejerce o Ejerció cargo público destacado: Si () No () Periodo: Desde ___/___/___ Hasta ___/___/___ Parientes: Si () No ()			

DATOS LABORALES

Institución y/o Lugar de trabajo:	Tel.:
Dirección:	
Cargo/Ocupación:	Rubro: Permanente () Contratado () Otros () _____
Fecha de Ingreso:	Salario:
	Giraduría:

DATOS FAMILIARES

Vinculo	Nombre y Apellido	C.I. N°	Fecha de Nacimiento	Lugar de Residencia	Teléfono
Conyuge					
Hijo 1					
Hijo 2					
Hijo 3					
Hijo 4					
Madre					
Padre					

REFERENCIAS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO	N° DE TEL.	PARENTESCO (ESPECIFICAR)

REFERENCIAS BANCARIAS O COMERCIALES

ENTIDAD	N° DE TEL.	RESPONSABLE

DATOS ECONÓMICOS FINANCIEROS

INMUEBLES:

TIPO DE INMUEBLE	N° DE FINCA / CTA. CATASTRAL	DISTRITO	ESCRITURA	EDIFICADO	VALOR ACTUAL
			SI () NO ()	SI () NO ()	
			SI () NO ()	SI () NO ()	

RODADOS:

TIPO	MARCA/MODELO	ASEGURADO	CON TITULO	VALOR ACTUAL
		SI () NO ()	SI () NO ()	
		SI () NO ()	SI () NO ()	

OTROS BIENES:

DETALLE	VALOR ACTUAL



MUTUAL NACIONAL DE FUNCIONARIOS
DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL.
Personería Jurídica según Decreto N° 11.292 de fecha 23 de Noviembre de 2.000

SOLICITUD DE ADMISIÓN

INGRESOS MENSUALES:

CONCEPTOS	IMPORTE
Ingresos Solicitante	
Ingresos del Conyuge	
Alquileres/Intereses	
Otros	
Total	

EGRESOS MENSUALES:

CONCEPTOS	IMPORTE
Gastos Familiares (Comida, vestimenta, escolaridad, transporte, etc.)	
Cuotas de créditos/ Tarjetas de Créditos/ Aportes a Cooperativas	
Cuota casa propia o alquiler	
Otros	
Total	

UBICACIÓN DE VIVIENDA DEL SOLICITANTE

Marcar en el croquis la dirección declarada como "fija" indicandola calle principal y las referencias más cercanas, como: escuela, colegio, Iglesia, cancha de fútbol, Entidades Públicas, Privadas, etc.

Obs: _____

DECLARO EXPRESAMENTE

- Que todos los datos asentados en la presente solicitud, los consigno en carácter de declaración jurada con las responsabilidades civiles y penales que conlleve la falsedad de los mismos.
- Que he leído el Estatuto Social, todos los reglamentos vigentes y me comprometo a someterme y cumplir fielmente las disposiciones contenidas en lo citado y las decisiones emanadas de las Asambleas y de la Comisión Directiva.
- Que en caso de fallecimiento, los aportes y demás haberes hereditarios que me corresponden serán entregados a mis derechos habientes conforme la declaratoria de herederos.
- Que toda modificación de los datos contenidos en esta solicitud serán comunicados para su actualización.

AUTORIZACIÓN

- Autorizo suficiente e irrevocablemente a la Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a descontar de mi salario/pensión/jubilación el importe de las cuotas correspondientes a mis obligaciones societarias y económicas asumidas como socio, de acuerdo a la planilla vía giraduría y/o banco donde tengo habilitado una cuenta para el cobro de mi salario/pensión/jubilación, hasta la cancelación de mi deuda, como así también me comprometo al pago de todas mis obligaciones societarias y económicas por los medios de pago habilitados por la Mutual, en caso de imposibilidad de cobro vía descuento directo por giraduría o por descuento bancario.
- Igualmente autorizo suficientemente, a la Mutual Nacional de Funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a obtener información sobre mi persona, de cualquier persona o entidad pública o privada que almacena, procesa y difunde este tipo de información para corroborar los datos asentados en la presente solicitud.

Firma del Solicitante

Cédula de Identidad

Aclaración de Firma

Uso Interno/Recepcionado por

ANÁLISIS DE LA SECCIÓN DE ADMISIÓN

Reune los recaudos necesarios: SI () NO () A CONSIDERACIÓN ()

Observaciones: _____

Responsable del Análisis.

DICTAMEN DEL COMITE DE ADMISIÓN

ACTA N° _____ APROBADO () RECHAZADO () FECHA ____/____/____

Observaciones: _____

MIEMBRO DEL COMITÉ

COORDINADOR/A DEL COMITÉ

RESOLUCIÓN DE LA COMISIÓN DIRECTIVA

Esta solicitud fue APROBADA () o RECHAZADA () por Comisión Directiva RESOLUCIÓN N° _____

en fecha ____/____/____ -



Asunción, ____ de _____ de _____

REGISTRO DE FIRMAS

Quien suscribe,, con
C.I. N°:, domiciliado en
..... CERTIFICO QUE: La firma que luce
al pie del formulario que antecede, es auténtica y de mi conocimiento.

FIRMAS	
1-	2-
3-	4-

VERIFICADO POR: _____ **FECHA:** _____.

OBS: EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO POR EL INTERESADO. -